Łódź, dnia ..................................................

..............................................................

 *nazwisko i imię studenta*

*..............................................................*

 *rok studiów*

..............................................................

 *kierunek studiów*

*...........................................................*

 *nr albumu*

..............................................................

 *telefon*

..............................................................

 *e-mail*

**Szanowna Pani**

**dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak**

 **Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa**

 **Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na udzielenie mi urlopu od zajęć dydaktycznych spowodowanych chorobą

w semestrze …….…………w roku akademickim ………………………..

................................................... *podpis studenta*

 *Załączniki:*

*1. ……………………………………………*

2. ...........................................................

*Na podstawie § 55 ust.1 pkt 1, ust. 2-5, § 56 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego uchwalonego Uchwałą nr 187/2018 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 24 kwietnia 2018r.* ***wyrażam******zgodę/ nie wyrażam zgody*** *) na urlop od zajęć dydaktycznych spowodowany chorobą w semestrze………..….. w roku akademickim ………………………………..*

*Data........................................... Podpis Prodziekana .............................................*